

様式第4号(第10条関係)

子ども医療費(償還払)助成申請兼請求書												
立山町長					令和8年 6月 1日							
申請・請求 及び依頼者 (保護者)					〒930-0292 住所 立山町前沢2440番地 氏名 立山 太郎 (連絡先TEL 076 - 463 - 1121)							
次のとおり助成金を申請します。 また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。												
子ども	受給資格証 記号番号	0110770			加入 保険	記号・番号	1234 5678					
	氏名	立山 花子				保険種別	国保・協会・組合・その他()					
	生年月日	令和7年 6月 1日				保険者番号	12345678					
年 月分 保険診療領収証明書(入院・通院)												
子ども氏名				診療日数		日間						
保険診療合計点数 (食事療養費除く)		点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)		点	他法による 公費負担額		点				
申請者からの領収額 (食事療養費除く)				円 左記金額には保険診療以外は含まれていません。								
診療科目				年 月 日 医療機関等の所在地及び名称 医療機関コード 開設者氏名								
上記のとおり領収したことを証明します。												
※助成内訳	保険診療 合計金額	控 除 額					交付決定額					
		保険等負担分	他法公費負担分	一部負担金	附加給付分	計						
	円	円	円	円	円	円	円					
振込先	口座振替 指定金融機関	〇〇			銀行 金庫 農協	立山 出張所						
	指定口座	① 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)		0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	タヤマ タロウ										
	口座名義(保護者のもの)	立山 太郎										
<p>(注) 1. この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後、市町村から助成を受ける場合に使います。 (県外の病院等の場合)</p> <p>2. 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの)を添付してください。 ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に病院等に確認してください。)</p> <p>3. 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行ってください。</p> <p>4. ※欄は、市町村で記入します。</p>												

保護者記入欄

保護者記入欄